

POSITIVE NOTICE  
(NOTIFICACION POSITIVA)

Nombre del Caso	Número de Caso	Fecha
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)		

**Child Care Assistance**

- Su solicitud de *Child Care Assistance* ha sido aprobada y será puesta en efecto a partir del \_\_\_\_\_. Comuníquese con su trabajador para obtener una autorización de cuidado de niños. Usted debe de tener una autorización para que se le pueda pagar el cuidado de niños a su proveedor.

**Wisconsin Works (W-2)**

- (Circule una) Su solicitud de *W-2, Job Access Loan y/o Emergency Assistance* ha sido aprobada y será puesta en efecto a partir del \_\_\_\_\_. Su primer pago será de \$\_\_\_\_\_ por el mes(es) de \_\_\_\_\_. Después de esto, usted recibirá \$\_\_\_\_\_ cada mes. Su primer pago será enviado el o cerca del \_\_\_\_\_ y usted puede esperar el envío en uno o tres días después de esta fecha.
- El pago de su *W-2* incrementará a \$\_\_\_\_\_ por mes, a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

**FoodShare Wisconsin**

- Su solicitud de beneficios de *FoodShare* ha sido aprobada para el período certificado empezando \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_. Pronto, usted recibirá beneficios de *FoodShare* en la cantidad de \$\_\_\_\_\_ por el mes(es) \_\_\_\_\_. Después de esto, usted recibirá \$\_\_\_\_\_ en beneficios de *FoodShare* cada mes. Para continuar recibiendo los beneficios de *FoodShare*, una revisión es necesaria al final del período de certificación.

Si usted nunca ha tenido una tarjeta de Wisconsin *QUEST*, le será enviada una. Si ya no tiene su tarjeta *QUEST*, comuníquese con la línea de ayuda de Servicio al Cliente de *QUEST*.

- Sus beneficios de *FoodShare* han sido incrementados a \$\_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

**Medicaid / BadgerCare**

- Su solicitud de *Medicaid / BadgerCare* ha sido aprobada para el período empezando \_\_\_\_\_.
- Medicaid / BadgerCare* ha sido aprobado para las siguientes personas \_\_\_\_\_.
- Su tarjeta de identificación "*Forward*" de *Medicaid / BadgerCare* le será enviada el o cerca del \_\_\_\_\_. Puede esperar el envío de su tarjeta en uno o tres días después de esta fecha.
- Su prima o cantidad responsable ha disminuido a \$\_\_\_\_\_ por mes, a partir del \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de su *Medicaid / BadgerCare*, beneficios de *FoodShare* o *Child Care Assistance*, puede solicitar una audiencia imparcial. **Por favor vea la información adjunta acerca de audiencias imparciales.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión de *W-2*, puede solicitar una revisión de los hechos (*Fact Finding Review*). Usted debe solicitar la revisión entre los 45 días a partir de la fecha de esta notificación, o dentro de los 45 días a partir de la fecha en efecto de la decisión anunciada en esta notificación, cualquiera que sea más tarde.

Si usted tiene preguntas, favor de comunicarse con:

Agencia de servicio social o humano del condado/tribu o agencia de *W-2*